

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
PROLAPSUS RECTAL
CHEZ L'ENFANT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 juillet 1897, à 5 heures de l'après-midi

PAR

Fernand-Louis-Philippe CLAUDEL

Né à Vittel (Vosges)

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, professeur, président.
CHRÉTIEN, professeur.
FÉVRIER, professeur agrégé.
FRÖLICH, professeur agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
PROLAPSUS RECTAL
CHEZ L'ENFANT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 juillet 1897, à 5 heures de l'après-midi

PAR

Fernand-Louis-Philippe CLAUDEL

Né à Vittel (Vosges)

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, professeur, président.
CHRÉTIEN, professeur.
FÉVRIER, professeur agrégé.
FROELICH, professeur agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I ☉.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✱, I ☉, HERRGOTT ✱, I ☉
HECHT ✱, I ☉, BEAUNIS ✱, I ☉.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, ✱ I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, ✱ I ☉, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I ☉, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I ☉, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I ☉, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I ☉, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I ☉, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I ☉, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I ☉, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I ☉, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I ☉, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I ☉, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I ☉, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A ☉, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ☉, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A ☉, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A ☉, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I ☉, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A ☉, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A ☉, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, ✱, A ☉, ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I ☉.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ☉.	GUILLOZ, A ☉.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✱, A ☉.	FROELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN ✱, I ☉, ROHMER, I ☉, VAUTRIN, A ☉, REMY, A ☉, P. PARISOT, A ☉.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ⚕, A ☉, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

pas à la simple thérapeutique de cette affection. Dans un *premier chapitre*, nous étudierons, rapidement il est vrai, la Pathogénie et l'Anatomie pathologique de cette lésion; convaincu que nous sommes que cette étude pourra, dans certains cas, nous faire déduire quelques indications spéciales à ces cas.

Dans ce *même chapitre*, nous nous occuperons, sans nous y appesantir, de l'*Évolution* et de la *Marche* du Prolapsus du rectum chez l'enfant; cette étude nous expliquera les cas de guérison spontanée de l'affection qui nous occupe.

Dans un *deuxième chapitre*, nous arriverons au *Traitement*. Nous montrerons que dans beaucoup de cas, le traitement médical suffit à amener une guérison définitive; que dans d'autres, on a dû recourir aux procédés de petite chirurgie; qu'enfin, et c'est là plus spécialement le sujet de notre thèse, il est une troisième catégorie de faits uniquement justiciables des interventions sanglantes. Dans ce chapitre, nous étudierons les différentes méthodes opératoires, laissant de côté les procédés qui n'ont jamais été appliqués à l'enfant.

Enfin, dans un *troisième chapitre*, nous terminerons par une étude critique des diverses méthodes opératoires, en nous efforçant de préciser les indications de chacune d'elles.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'acquitter les dettes de reconnaissance que nous avons contractées au cours

de notre scolarité. Nous adressons un respectueux souvenir à la mémoire du regretté professeur Feltz.

Nous remercions bien vivement tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, de toutes les marques d'intérêt qu'il nous ont prodiguées pendant qu'il nous a été donné de suivre leur précieux enseignement.

Un souvenir d'affectueux et inaltérable reconnaissance à MM. les Professeurs agrégés Zilgien pour les marques d'intérêt qu'ils nous a toujours prodiguées, et Frœlich qui, après nous avoir indiqué le sujet de notre travail, a bien voulu nous guider dans les recherches qu'il a nécessitées.

Nous prions M. le Professeur Heydenreich de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Pathogénie et anatomie pathologique.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés du prolapsus rectal, s'accordent à reconnaître qu'il présente son maximum de fréquence dans le jeune âge et dans la vieillesse. Le sexe ne paraît pas avoir une grande influence sur la production de cette lésion, quoique cependant quelques auteurs aient une tendance à lui attribuer une plus grande fréquence chez les filles que chez les garçons. Cette opinion sur l'étiologie du prolapsus rectal n'est rien moins que prouvée.

Parmi les causes du Prolapsus rectal chez l'enfant, nous nous arrêterons à 3 ordres de faits qui nous paraissent résumer la pathogénie de l'affection qui nous occupe :

Causes anatomiques.

Causes physiologiques.

Causes pathologiques.

A. *Causes anatomiques.* — Le sacrum, fait remarquer Giraldès, est rectiligne chez l'enfant, alors que le rectum est relativement considérable. Cette disposition particulière à l'enfant va faire porter sur son rectum, pendant la défécation un effort

qui, chez l'adulte, s'épuise en partie sur la concavité sacro-coccygienne, et il est facile de prévoir quelle part cet effort pourra avoir dans la production du prolapsus rectal de l'enfant.

Une autre cause anatomique est la dilatation du sphincter et de l'orifice anal, dilatation qui a été signalée dans tous les cas de chute du rectum chez l'enfant.

Une cause anatomique très importante, signalée par Bœckel (1), réside dans une malformation. On sait dit Bœckel, que le rectum se forme par un enfoncement en doigt de gant de la peau extérieure qui marche à la rencontre du côlon. Dans certains cas, ces deux parties du tube digestif se sont rejointes, mais pas à plein canal, et l'on trouve un rétrécissement congénital en ce point. Ce rétrécissement forme obstacle au cours des matières fécales dans l'intestin, et provoque, en amont, des contractions exagérées, un véritable ténesme. Petit à petit, le rétrécissement est poussé, par ces contractions, vers l'ouverture inférieure du bassin, puis il franchit l'anus en retournant le rectum comme un doigt de gant. C'est alors que le rétrécissement occupe le sommet du cône prolapsé. Ce mode de production du prolapsus rectal chez l'enfant nous a paru fort important à relater ici, attendu qu'il en découlera une indication spéciale.

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1881.

Enfin il est bon de se souvenir, dit M. Félizet (1), que chez le tout jeune enfant, la portion terminale du gros intestin présente parfois une longueur anormale, sorte d'exagération du développement.

B. Causes physiologiques. — Toutes les causes qui dilatent le rectum favorisent la production du prolapsus. Mais deux conditions sont nécessaires ; c'est d'une part que l'effort d'expulsion soit augmenté ou prolongé, d'autre part que les moyens de soutien, c'est-à-dire le méso-rectum et le périnée soient affaiblis, insuffisants, et se laissent distendre (2).

Dans toute défécation, il y a procidence minime sans doute, d'une portion de muqueuse rectale. Si la défécation se prolonge, cette chute s'exagère, et l'état physiologique devient pathologique. Cela explique la fréquence du prolapsus chez l'enfant, qu'on a le tort de laisser longtemps sur le vase.

C. Causes pathologiques. — Elles sont peu nombreuses chez l'enfant. Nous les signalons simplement sans y insister.

Les polypes, fréquents chez l'enfant, ont été incriminés dans la production d'un prolapsus rectal. Ils agissent par leur poids, en entraînant la muqueuse et par leur volume, comme corps étrangers.

Les calculs vésicaux, eux-aussi, ont été quelque-

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, Paris, 1896, page 685.

(2) Masson. *Th. de Paris*, 1893.

fois observés chez de jeunes sujets atteints de chute du rectum. Le phimosis a été aussi incriminé, toutes causes qui provoquent des efforts exagérés chez le petit malade.

Mais les causes pathologiques les plus fréquentes de cette affection de l'enfant sont la diarrhée et la constipation. La diarrhée, surtout prolongée, finit par amener un certain degré d'inflammation de la muqueuse ; celle-ci se ramollit, ainsi que la couche celluleuse sous-jacente, ce qui crée une grande laxité à ce niveau, et partant, favorise la descente de la muqueuse à travers l'orifice anal.

La constipation, comme il est facile de le prévoir, peut causer une chute du rectum, par les efforts qu'elle nécessite dans la défécation et par la dilatation anormale du sphincter, à laquelle elle donne lieu, et en vertu de laquelle ce muscle perd sa tonicité, à tel point qu'on a pu introduire 4 doigts dans l'anus d'un enfant de 11 ans sans provoquer la moindre douleur, et sans que les doigts eussent la moindre résistance à vaincre (1).

Aux causes pathologiques, nous pourrions rattacher l'état général. Dans tous les cas que nous avons pu réunir, les chirurgiens ont noté l'affaiblissement et la misère physiologique des petits sujets qui presque tous avaient été mal nourris, élevés au biberon, etc. C'est sans doute grâce à cet état général précaire que le sphincter anal perd sa toni-

(1) E. Duchaussoy. *Archives de médecine*, 1833, t. II, p. 321.

cité, et le périnée, la force de résistance qui lui est nécessaire comme soutien des organes pelviens qui reposent sur son plancher.

Nous ne devons pas oublier, parmi les causes pathologiques du prolapsus rectal de l'enfant, l'*athrepsie*, la débilité de la convalescence des pyrexies graves.

II. — AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE, nous distinguerons le *prolapsus muqueux* ou *partiel*, et le *prolapsus invaginé* ou *complet*. C'est la distinction habituellement employée par les auteurs (1).

Dans la première variété, la muqueuse, qui s'est séparée des autres tuniques, commence à descendre par sa partie inférieure et gagne de proche en proche, jusqu'à atteindre une longueur de 4 à 6 centimètres chez l'enfant.

Dans ce cas elle forme un simple bourrelet comme une manche d'habit dont la doublure est trop grande et dépasse l'étoffe (Gosselin). Cette muqueuse prolabée est plus ou moins tuméfiée, congestionnée. Elle se prolonge directement avec la peau du pourtour de l'anus sans qu'on puisse trouver autour d'elle un sillon qui la sépare.

(1) Allingham, (*Traité des maladies du rectum*, traduction du docteur Poimot, Paris 1877,) appelle prolapsus la chute de la partie la plus inférieure de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, épaissis sous deux et se renversent en dehors de l'anus, et *procidence* la chute à travers l'anus de toutes les tuniques du rectum dans toute leur épaisseur.

Dans le prolapsus invaginé ou complet, le rectum s'est engagé à travers le canal anal, et s'est retourné en doigt de gant avec toutes ses tuniques. Dans ce cas, les dimensions sont beaucoup plus considérables qu' dans la première variété. La longueur de la partie prolabée peut aller jusqu'à 10 et même 16 centimètres. La base du prolapsus se prolonge dans l'intérieur de l'anus, et le cylindre prolabé est séparé du pourtour de cet orifice par un *sillon circulaire* plus ou moins profond dont certains auteurs ne reconnaissent pas toute la valeur diagnostique.

Quand la portion prolabée est le rectum intra-péritonéal, le cul-de-sac antérieur se trouve compris dans le prolapsus, particularité très importante à connaître, surtout au point de vue des interventions chirurgicales. Ce fait de la présence dans le prolapsus du cul-de-sac péritonéal nié par Allingham pour le prolapsus même total de l'enfant, a cependant été relevé plusieurs fois par nous dans les observations que nous avons pu réunir. Quelquefois, dans le cul-de-sac péritonéal hernié se trouve une anse intestinale ; on dit alors qu'il y a *Hédrocèle*. L'Hédrocèle se reconnaît par ce fait qu'elle forme à la partie antérieure du prolapsus, une tumeur molle, arrondie, sonore à la percussion, se gonflant par la toux et se réduisant avec un gargouillement particulier (Gosselin).

Une troisième variété est le prolapsus *recto-co-*

lique où il y a, en plus de la chute complète du rectum, *incragination* du côlon à travers le rectum prolabé. Cette dernière variété présente du reste le même aspect que la précédente, mais avec des dimensions plus considérables. Elle est accompagnée d'hédrocèle.

Dans la variété signalée par Bœckel et dûe au rétrécissement congénital mentionnée plus haut, le prolapsus se développe plus vite et atteint rapidement sa longueur maxima, qui est précisément la hauteur à laquelle le rétrécissement siégeait au-dessus du sphincter anal. L'orifice inférieure de la partie prolabée, correspondant au rétrécissement ne laisse pas passer un doigt; ce diagnostic est important à cause du traitement spécial auquel il conduit.

III. — ÉVOLUTION ET MARCHÉ DU PROLAPSUS. — Nous avons vu que le prolapsus rectal s'établit peu à peu. Au début, des parents attentifs pourraient s'apercevoir qu'à chaque défécation, il sort un petit bourrelet muqueux, rosé, qui rentre de lui-même aussitôt que les efforts d'évacuation ont cessé. Ceci se produit, comme nous l'avons fait remarquer, chez les enfants débilités, mal nourris, et dont la muqueuse rectale perd ses adhérences normales avec la couche musculaire.

A cette période, le prolapsus peut guérir, et c'est même la règle, tout rentre d'habitude dans l'ordre sans qu'on soit même obligé de réduire, si l'enfant redevient fort.

Si le prolapsus ne disparaît pas de lui-même, ce qui a lieu quand l'enfant est négligé, quand on lui laisse prendre, comme cela arrive fréquemment, l'habitude de séjourner longtemps sur le vase, quand on ne le met pas à un régime convenable qui fasse disparaître diarrhée ou constipation, la tumeur présente alors une tendance à séjourner plus longtemps au dehors. Plus la partie prolabée séjourne longtemps au dehors, plus elle s'accroît. Peu à peu, la mère qui, au début, réduisait sans peine le prolapsus après chaque défécation, éprouve des difficultés croissantes pour faire rentrer l'intestin. Ces difficultés s'accroissent jusqu'au moment où elle se décide à faire voir le sujet aux chirurgiens.

Pendant ce temps, la circulation en retour est gênée par le sphincter anal. La tumeur se congestionne, circonstance qui rend la réduction de plus en plus laborieuse. Peu après il se fait à la surface de la muqueuse prolabée, des ulcérations, puis des hémorrhagies qui affaiblissent graduellement le malade. Quelquefois, la partie herniée peut subir un véritable étranglement, comme l'intestin serré par le collet du sac herniaire. Dans ce cas on peut voir éclater tous les symptômes de l'étranglement herniaire ; l'issue peut être fatale.

Dans d'autres cas encore, la partie étranglée peut se sphacéler ce qui amène ou bien la mort du petit malade, ou bien, comme on l'a noté, la guérison radicale par élimination de l'escharre.

Outre la congestion et les accidents auxquels elle peut donner lieu (gonflement, étranglement, etc.) on a noté l'inflammation qui peut aboutir à la suppuration. Les frottements répétés de la partie prolabée contre les cuisses, contre les vêtements, la malpropreté des jeunes enfants qui urinent sur leur prolapsus, peuvent occasionner des ulcérations avec tous les accidents qu'elles peuvent produire.

Mais, un fait très important dans l'évolution de cette lésion, c'est que, plus les dimensions de la partie prolabée deviennent considérables, plus le sphincter anal se relâche, plus le périnée perd de sa tonicité, et plus l'enfant s'affaiblit, effets qui deviennent en même temps causes d'augmentation du prolapsus, de sorte qu'on semble ici tourner dans un véritable cercle vicieux.

Ces quelques détails suffisent à montrer que le Pronostic est loin d'être toujours favorable, quoique cependant les cas ayant nécessité des interventions soient l'infime minorité, pour ne pas dire l'exception.

CHAPITRE II

Traitement

I. — TRAITEMENT MÉDICAL.

En nous reportant aux considérations qui précèdent, nous voyons que dans la plupart des cas le prolapsus rectal de l'enfant guérit spontanément, soit que l'enfant se fortifie et que par conséquent son sphincter anal et son périnée reprennent leur tonicité physiologique et que sa muqueuse rectale reprenne son adhérence normale avec les couches sous-jacentes, soit que les causes pathologiques de la lésion disparaissent d'elles-mêmes, ce qui peut arriver pour la diarrhée et la constipation.

Dans les cas où ces causes ne disparaissent pas d'elles-mêmes, la première indication est de soumettre le jeune malade à un régime approprié qui améliore son état général. Ici l'huile de foie de morue rend des services incontestés. L'état général s'améliorant, la diarrhée et la constipation peuvent disparaître. En même temps on fera surveiller les défécations de l'enfant, en évitant soigneusement de le laisser trop longtemps sur le vase et mieux en le forçant à aller à la garde-robe, couché sur un côté.

Si la diarrhée ne disparaît pas, on la combattra par des préparations opiacées, mais avec prudence, en se souvenant que l'opium peut, même à de très faibles doses, produire des accidents très graves chez les enfants. Le sous-nitrate de bismuth, le diascordium pourront être administrés avec succès. La constipation sera combattue par de doux laxatifs.

Avec le traitement médical tonique, se présente toujours une autre indication qui est : de *réduire* le prolapsus lorsqu'il a des tendances à rester au-dehors.

Réduction. — Tant que le prolapsus est récent, la réduction est facile. Vidal de Cassis rapporte que « des femmes du peuple, voulant faire rentrer « le *boyau* de leur enfant, le placent entre leurs « jambes, la tête en bas, les fesses relevées, et « malaxent la tumeur, qu'elles finissent par rentrer ».

Boyer applique sur la tumeur un linge fin enduit de cérat, puis pousse doucement, mais d'une façon continue, le prolapsus avec le doigt, jusqu'à réduction complète. Lorsque tout est remis en place, il maintient d'une main les parties réduites, pendant qu'il retire le doigt et le linge introduits dans l'anus. Dans quelques cas, la réduction est rendue pénible par l'engorgement de la tumeur (à la suite de gêne de la circulation en retour). Dans ces cas il sera bon d'appliquer sur le rectum prolabé des compresses froides, ou, comme le recommande

M. Bouchut, de donner un lavement d'eau froide avec quelques gouttes d'extrait de Saturne ou de laudanum. Après quelques heures, l'effet sédatif est produit et la réduction devient possible.

Cependant, il est un cas où jamais on ne devra tenter la réduction d'un prolapsus ; c'est celui où le rectum prolabé est enflammé, ulcéré ou sphacélé. Dans ce cas, d'autres indications se présentent sur lesquelles nous reviendrons à propos du traitement chirurgical. Le sphacèle cependant a amené la guérison après élimination de l'eschare. Il ne faut jamais compter sur cet événement. La réduction sera de même contrindiquée dans le cas de suppuration de la muqueuse prolabée.

Contention. — Une fois réduit, le rectum, dans les cas accentués, ne tarde pas à descendre de nouveau par l'orifice anal. C'est alors que l'on doit chercher à le maintenir en place. Dans ce but, divers procédés ont été imaginés : des vessies que l'on introduisait dans le rectum et que l'on gonflait après coup ; des morceaux de liège taillés en boule ; des tampons spéciaux, le tout maintenu par des bandages en T, des bretelles, etc.

Malgré le peu d'extension que nous avions résolu de donner à cette courte étude du traitement médical, nous avons cru devoir faire une mention spéciale de l'appareil imaginé par Bœckel pour la contention et la guérison des prolapsus causés par rétrécissement congénital de la partie supérieure du rectum. Nous avons parlé, à l'article Pathogénie,

de ce genre particulier de prolapsus rectal chez l'enfant. Il y a intérêt pour le praticien à ne jamais perdre de vue la possibilité de l'existence de ce rétrécissement, comme cause du prolapsus qu'il est appelé à examiner, intérêt énorme, quand on pense à la simplicité du traitement et à la rapidité avec laquelle survient la guérison.

Bœckel fit construire un pessaire de forme spéciale composé d'une plaque circulaire en caoutchouc durci, portant à son centre une tige de 6 centimètres de longueur et terminée par un renflement olivaire. Elle est destinée à pénétrer dans le rectum, qu'elle maintiendra à la façon du doigt, tout en dilatant le rétrécissement. Le canal dont cette tige est percée permettra aux matières et aux gaz d'être expulsés au dehors. Un petit coussin à air, au centre duquel passe la tige, matelasse la plaque, qui est maintenue serrée contre l'anus par des bretelles croisées passant sur les épaules.

Cet appareil fut appliqué pour la première fois par Bœckel le 30 mars 1881. Nous ne détaillons pas ici l'observation, publiée dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. Disons simplement que l'appareil mis en place maintient le prolapsus parfaitement réduit et sans douleur. On devra chaque jour nettoyer l'appareil. Deux jours après, pendant le nettoyage du pessaire, on constate que le rectum ne sort plus que de 4 centimètres et qu'en le réduisant, le doigt passe avec facilité à travers le rétrécissement.

Le troisième jour, pendant la toilette, le prolapsus ne se montre plus. Suppression de l'appareil à titre d'essai.

Le cinquième jour, le prolapsus ne s'est plus reproduit. Le rétrécissement se laisse facilement franchir par le doigt.

Trois mois après, la guérison s'était maintenue.

Dans une seconde observation, Bæckel présente un prolapsus dû à la même cause, guéri par la même méthode, chez une enfant de 6 semaines, enfant pour qui l'on dut faire construire un pessaire du même genre que le précédent, mais de dimensions plus petites. La guérison complète du prolapsus et du rétrécissement fut obtenue en 4 jours.

Le sixième, un phlegmon se déclare autour de l'anus, donne un abcès qui se vide spontanément. Au bout d'un mois, l'enfant est revue ; elle a très bonne mine ; les selles sont jaunes, mollasses, bien digérées.

Ici, le rétrécissement s'était reproduit dans une certaine mesure ; le doigt peut toujours le sentir. Bæckel pense que la réapparition du rétrécissement était peut-être due au phlegmon anal. Malgré la rareté de ces faits, à cause même de leur rareté, nous les avons décrits avec détails, car il nous semble que ce genre de prolapsus est peu connu.

Médication topique. — L'eau froide, l'eau glacée et même la glace sous forme de suppositoires ont

donné de bons résultats. *Chassaing* (1) communique une observation d'un enfant de 3 ans porteur d'un prolapsus avec une turgescence assez considérable de la partie prolabée pour produire par moments comme une espèce d'étranglement. Sous l'action d'un morceau de glace introduit dans l'anüs comme suppositoire, l'intestin rentre avec la plus grande facilité. Au bout de trois semaines, la chute du rectum n'avait pas reparu.

Ce traitement est assez pénible à supporter. On l'a remplacé par l'application de solutions ou décoctions astringentes. *Trousseau* (2), recommande les injections de *Ratanhia*. *Vincent* (3) conseille de petits lavements dans le rectum avec

Sulfate de fer. 0,05 centigr.

Eau 30 grammes.

Ce procédé aurait réussi à guérir en 3 semaines des chutes de rectum déjà anciennes.

Ces applications astringentes ne sont pas cependant toujours suffisantes.

À la médication topique se rattache l'emploi de la strychnine. Disons tout de suite que certains praticiens la donnaient à l'intérieur, pratique peu recommandable, vu les dangers de ce médicament pour les jeunes sujets dont nous nous occupons.

La strychnine a été appliquée de deux manières

(1) *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1847.

(2) *Bull. Général de Thérapeutique*, page 849.

(3) *Bull. Général de Thérapeutique*, page 849.

pour le traitement de la chute du rectum chez l'enfant.

a) *Par voie endermique.* — Duchaussoy (1) donne, dans une observation détaillée, la façon dont il emploie la strychnine par voie endermique. Il s'agit d'une enfant de 11 ans qui porte un prolapsus rectal de 10 cm. qu'elle réduit elle-même. Un petit vésicatoire, produit par une boulette de coton imbibée d'ammoniaque et maintenue dans un dé à coudre, est placé à la partie supérieure du sillon interfessier et un autre à la partie interne de la fesse droite, dans le sillon même. Un mélange de 1 centigramme de strychnine et d'un peu de sucre est réparti entre les deux vésicatoires. On recouvre d'un taffetas ciré. 2 jours après, une selle produit une chute qui ne consiste qu'en un simple bourrelet muqueux de 1 cm. 2 jours après, nouveaux vésicatoires avec 2 centigr. de strychnine. Le 4^e jour, 3 centigr. de strychnine ; dans la journée quelques secousses convulsives dans les cuisses. Cette fois, une selle sans prolapsus. L'enfant est restée guérie. Ce procédé, nous le donnons à titre de curiosité, il nous semble dangereux.

b) *Par voie hypodermique.* — MM. Dolbeau et Foucher (2) ont employé la strychnine en injections hypodermiques faites au pourtour de l'anus au

1. *Archives de médecine*, 1853. Vol. II, p. 327.

2. *Bull. de thérap.*, 1860.

moyen de la seringue de Pravaz. Cette méthode qui leur a donné de bons résultats, réduction rapide et définitive du rectum prolapsé, et rétablissement de la tonicité complète du sphincter anal, n'a pas été suivie des mêmes succès entre les mains de Giraldès qui nota à la suite de ce traitement plusieurs cas de récurrence. Sans parler de cet insuccès, le danger inhérent à l'emploi de la strychnine pour de jeunes enfants suffit à nous faire considérer ce procédé comme peu recommandable.

II. — PROCÉDÉS DE PETITE CHIRURGIE

1. — *Procédé d'Allingham* (1). — Ce procédé consiste dans l'application sur la tumeur d'acide nitrique fumant, ou mieux (suivant l'auteur) de nitrate acide de mercure. L'usage de l'acide dans ces cas, n'est pas du tout douloureux si la peau n'est pas atteinte, mais produit simplement sur la muqueuse une sensation de brûlure qui passe vite, même chez les enfants.

Phocas (2) publie une observation concernant une fillette de 2 ans 1/2 atteinte d'un prolapsus rectal datant de 5 mois; long de 3 cm. L'anus est large, dilaté, le prolapsus facile à réduire. Sous le chloroforme, on badigeonne la tumeur avec un pinceau imbibé d'acide nitrique fumant; ou réduit

1. *Maladies du rectum*. Trad. de M. Poincot. Paris 1877.

2. *Gazette des Hôpitaux*, 1891, p. 243.

et on applique un bandage. Avant l'application de ce bandage, on place 4 pointes de feu au pourtour de l'anus. Repos au lit ; constipation du sujet par une potion avec deux gouttes de laudanum. Le lendemain défécation avec réapparition du prolapsus qu'on réduit de nouveau, et qui, cette fois ne se remontre plus. Au bout de 15 jours plus de prolapsus. Le doigt introduit dans l'anus, éprouve de la part du sphincter une forte constriction. Un mois après sa sortie, l'enfant est revue complètement guérie.

Ce procédé serait très séduisant si, comme le fait remarquer Allingham le promoteur de la méthode, on n'avait observé dans la suite des rétrécissements du rectum avec des symptômes tout aussi fâcheux que ceux mêmes du prolapsus.

Le Dr Ioescke de Minsk (1) employait l'acide sulfurique, dont il imbibait un tampon qu'il plaçait sur l'anus de ses malades, en ayant soin de l'enfoncer de quelques centimètres dans l'intestin. Il aurait obtenu plusieurs succès. Il recommande pour calmer la douleur après chaque cautérisation par un acide d'introduire dans le rectum un morceau de glace entouré d'un linge.

Gosselin qui a employé ces cautérisations acides avec succès, leur reproche cependant d'exiger des applications trop fréquentes et trop nombreuses,

1. *Gaz. des Hôpit.*, 1848.

fait qui peut fatiguer ou décourager les parents des jeunes sujets dont nous nous occupons.

II. — *Procédé de Guersant*. — Imaginé en 1845 à l'Hôpital des enfants malades, ce procédé a donné lieu à un certain nombre de succès. Lorsque l'application des topiques astringents n'a pas réussi, dit l'auteur (1), nous avons recours, avec un succès presque constant à l'emploi du cautère actuel, procédé qu'on employait déjà dans l'antiquité, mais en appliquant le cautère sur toute la tumeur, ce qui est loin d'être notre manière de faire. Nous nous servons d'un petit cautère de dentiste, cône, que nous appliquons aux quatre points cardinaux de l'anus, après avoir rentré la muqueuse déplacée. Les quatre pointes de feu sont appliquées exactement à la jonction de la muqueuse avec la peau, et nous les faisons pénétrer jusque sur le sphincter anal, tout cela, bien entendu, sous l'anesthésie chloroformique.

La muqueuse, continue Guersant, cesse de sortir quelquefois le jour même de l'opération. Mais assez souvent il faut 6 à 7 jours au plus avant que ce résultat soit obtenu ; ce n'est qu'une question de quelques jours en plus ou en moins, car le succès est à peu près certain.

Comment expliquer l'action des ces cautérisations ? Atteignent-elles leur but en produisant un rétrécissement ? Ce n'est guère croyable, car l'effet

1. *Gaz. des Hôpit.*, 1856, n° 43.

produit est trop prompt à se manifester. De plus, Dupuytren par son procédé qui (comme nous le verrons plus loin) avait pour but de rétrécir l'orifice anal, ne guérissait pas la chute du rectum.

Nous croyons et même nous pouvons affirmer que la cautérisation agit en rendant aux fibres du sphincter leur puissance contractile. En effet, si très peu de temps après la cautérisation, on cherche à introduire le doigt dans l'anus, au lieu de pénétrer sans aucune difficulté, comme avant l'opération, on éprouve une résistance très marquée. Les pansements consécutifs consistent en simples lotions d'eau froide. Une ou deux fois, nous avons dû, la muqueuse reparaissant, revenir à une deuxième cautérisation. Cela dépendait de ce que la première avait été faite trop superficiellement et n'avait pas pénétré jusqu'au muscle.

Panas (1) publie 2 observations de traitement de la chute du rectum chez l'enfant par la cautérisation.

La 1^{re} concerne un enfant de 4 ans atteint de prolapsus depuis sa sortie de nourrice. L'intestin faisait une saillie de 11 centimètres. Panas applique le procédé de Guersant auquel il ajoute la précaution de couvrir les parties d'une couche de collodion pour les soustraire à l'action rayonnante de la chaleur. Il attend que cette couche soit bien

(1) *Journal de méd. et de chir. pratiques*, Paris, 1894, volume XIV, p. 412.

sèche pour qu'elle ne s'enflamme pas, puis applique au pourtour de l'anüs et dans l'épaisseur même du derme 3 pointes de feu au moyen du cautère à pointe de platine. 7 jours après, amélioration sensible. L'intestin n'est sorti que 3 fois depuis l'opération et avec des dimensions bien moindres. Six semaines après, l'intestin n'est sorti qu'une fois, et encore ne fait-il qu'une légère saillie.

Dans une 2^e observation, le même auteur présente un enfant de 2 ans opéré dans les mêmes conditions. Malgré une amélioration sensible le résultat obtenu est moins favorable ; ce demi-échec est attribué par Panas à ce fait que les cautères employés avaient été insuffisamment chauffés. L'auteur se propose de renouveler l'opération dans des conditions plus favorables.

Ce procédé qui a été surtout employé chez les enfants a donné de beaux résultats. Quelques-uns ont été guéris définitivement dès le lendemain même de l'opération. Mais la plupart du temps une seconde cautérisation est nécessaire.

III. *Procédé de Dupuytren.* — Dans le but de rétrécir l'orifice anal, Dupuytren excisait, de chaque côté de l'anüs un certain nombre de plis rayonnés. Au moyen d'une pince à mors plats, on saisit 2 ou 3 plis rayonnés qu'on soulève et qu'on incise avec des ciseaux courbes. La même opération se répète en 3 ou 4 points de la circonférence de l'anüs. Ce procédé aurait donné deux succès à son auteur. Les cicatrices sont douloureuses un certain temps ;

dans beaucoup de cas le procédé a été inefficace comme le fait remarquer Guersant entre les mains de qui il n'a pas donné de bons résultats et a été même suivi d'érysipèle du pourtour de l'anüs. Nous avons sous les yeux une observation de Dupuytren, concernant un enfant de 3 ans, lymphatique, porteur d'un prolapsus du volume d'un œuf de poule, qui apparaît après chaque selle. Le chirurgien place l'enfant dans la position de la taille, réduit la tumeur, saisit avec une pince une portion de peau de la marge de l'anüs, la soulève, incise le pli en prolongeant l'incision jusque sur la muqueuse du rectum. Il fait ainsi 4 incisions, 2 latérales, une antérieure, l'autre postérieure. Peu de douleur, pas de sang, appareil avec bandage en T pour maintenir la tumeur réduite.

1^{re} journée pas d'accidents.

2^e » une selle solide ; pas de prolapsus.

3^e » deux selles ; pas de prolapsus.

La mère emmène l'enfant guéri.

IV. *Ligature*. — Proposé d'abord par Allingham, ce procédé consiste dans l'introduction dans l'intestin d'une grosse sonde qu'on pousse jusqu'à l'anüs et sur laquelle on lie le prolapsus avec un fil de soie ou mieux avec une ligature élastique. La partie du prolapsus qui se trouve en dessous de la ligature se mortifie et s'élimine ; il reste une plaie bourgeonnante qui guérit par granulation. Ce pro-

(1) Dupuytren. *Clin. chir.*, Paris, 1835.

céde n'a donné que des mauvais résultats sur l'adulte. Mikulicz qui l'employa une fois sur un enfant de 6 mois observa également la mort de son opéré sous l'influence d'une gastro-entérite. A l'autopsie on trouva une ulcération du rectum causée par l'extrémité du tube placé dans cet intestin.

Ce procédé ne peut être employé que dans les cas où la muqueuse seule est prolabée ; dans le prolapsus total l'infection du péritoine serait par trop à craindre. Nous ne saurions conseiller cette manière d'opérer.

Aux procédés de petite chirurgie pourrait se rattacher le pessaire dilatateur de Bœckel que nous avons préféré décrire à l'article *Contention*.

III. PROCÉDÉS CHIRURGICAUX.

Nous ne nous occuperons ici que des procédés opératoires employés pour le traitement du prolapsus rectal de l'enfant ; ces procédés peuvent se grouper en deux catégories :

A. — Ceux qui ne touchent pas à la partie prolabée.

B. — Ceux qui s'attaquent à l'intestin hernié.

A. — Parmi les opérations du 1^{er} groupe, les unes :

a) Ont pour but de maintenir le prolapsus réduit en fixant le côlon à la paroi abdominale ; *Colopexie* de Jeannel.

b) Empêcher le prolapsus de se reproduire en fixant le rectum à la partie inférieure du coceyx : *rectopexie postérieure*.

c) Diminuer le calibre de l'anus : *anorraphie*.

d) Assurer la réduction définitive du prolapsus en s'attaquant au périnée : *Procédé de Robert*.

B. — Les procédés qui s'attaquent à la partie prolabée elle-même n'ont d'autre but que de la supprimer définitivement. Nous avons trouvé trois procédés employés dans ce but :

a) Résection circulaire de la partie prolabée.

b) Résection circulaire mais s'attaquant séparément aux deux faces antérieure et postérieure de la partie prolabée : procédé de Mikulicz.

c) Résection s'attaquant séparément aux deux faces de l'intestin prolabée, mais après l'avoir divisé en deux valves l'une antérieure et l'autre postérieure : procédé de Segond.

A. — PROCÉDÉS QUI NE TOUCHENT PAS A LA PARTIE PROLABÉE.

a) *Colopexie*.

Nous avons vu que chez l'enfant, l'intestin présente quelquefois en longueur un développement anormal, à tel point qu'il arrive à perdre son droit de domicile dans le bassin. Dans certains de ces

cas, les prolapsus sont accompagnés d'invagination du côlon dans le rectum.

Considérant la perte des moyens de fixité supérieurs de l'intestin comme cause principale du prolapsus, M. Jeannel de Toulouse s'est efforcé de rétablir ces moyens de fixité. Cette opération pratiquée sur l'adulte par M. Jeannel en 1889 a été suivie d'un succès absolu, et a été pratiquée en 1891 à Lyon par M. Poncet sur un enfant. En voici l'observation.

OBSERVATION I

(LARSONNEUR. Thèse de Paris, 1893)

M. G..., 5 ans, fillette atteinte d'exstrophie vésicale et présentant de plus une chute du rectum qui, depuis quelques mois s'est accrue notablement. Au dire des parents, le prolapsus date de la naissance ; mais au début, la tumeur se réduisait facilement et n'apparaissait guère qu'après les selles. Depuis 5 ou 6 mois, à la suite de diarrhées, le prolapsus a augmenté, et à la suite des efforts de défécation, il a fallu appeler maintes fois un médecin pour procéder à la réduction. A la campagne on a employé tous les moyens simples habituellement usités pour triompher de cette infirmité, et cela sans aucun résultat.

La tumeur rectale descend jusqu'au niveau du creux poplité et donne lieu aux divers malaises de la chute du rectum proprement dite.

Sous l'anesthésie, on obtient la réduction non sans difficulté ; mais au moindre effort, la tumeur apparaît de nouveau.

En dehors de l'exstrophie vésicale, il n'existe pas de

malformations ; toutefois le périnée paraît manquer de résistance. Mauvais état général.

Opération. — 13 septembre 1891. — M. Poncet fait au-dessus de l'arcade crurale une incision parallèle comme pour pratiquer une colotomie iliaque.

Arrivé sur l'S iliaque, il l'attire doucement au dehors jusqu'à ce que le prolapsus ait complètement disparu. Alors il passe un fil de soie au-dessous de l'S iliaque, au niveau du bout inférieur de l'anse attirée au dehors ; ce fil n'a d'autre but que de maintenir l'S iliaque et en même temps le prolapsus, et d'indiquer à quel niveau doivent être faites les sutures.

L'intestin réintégré, M. Poncet applique quatre points de suture à la soie : chaque fil traverse dans une certaine épaisseur la couche musculaire de la plaie, l'aponévrose, le péritoine, chemine ensuite dans la paroi antérieure de l'anse intestinale sans entamer la muqueuse puis sort par le bord aponévro-musculaire de la plaie.

Les quatre fils sont placés de la même manière. Avant de les nouer, on s'assure, le doigt d'un aide étant introduit dans le rectum, que cet organe est bien soulevé et maintenu tel.

M. Poncet applique ensuite un second plan de suture à la soie aseptique, réunissant ce qui reste des bords aponévrotiques et musculaires.

Suture métallique des lèvres cutanées.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Les fils métalliques ont été enlevés le huitième jour.

Réunion par première intention.

Un deuxième pansement a été laissé encore 10 jours en place.

Pendant les premiers jours, l'enfant a été constipée intentionnellement et alimentée seulement avec du lait.

M. Poncet a revu cet enfant 6 mois après. Elle était

gaie enjouée ; elle avait engraisée. Lorsqu'elle allait à la selle, il ne se produisait plus aucun bourrelet.

Dix-huit mois après, le résultat de la colopexie s'était maintenu.

b) *Rectopexie postérieure.*

M. Donadieu a décrit à la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, un procédé de fixation du rectum qui se trouve détaillée dans l'observation suivante.

OBSERVATION II (Donadieu)

(Masson. Thèse de Paris, 1894)

Jeune enfant, âgé de 2 ans $1/2$, entre le 18 novembre dans le service de chirurgie.

Un mois avant son entrée, il fut atteint d'influenza à forme gastro-intestinale : excellente condition pour le développement d'un prolapsus du rectum. On ne tarda pas à s'apercevoir qu'à chaque selle et même entre les selles sortait un cylindre de muqueuse de 3 à 4 centimètres de longueur. M. Lagrange pratiqua l'opération suivante :

Antisepsie. — *Chloroforme.* — Une aiguille de Reverdin est introduite sur le doigt dans le rectum, traverse successivement muqueuse, tissus sous-muqueux, tunique musculaire et les diverses couches qu'elle rencontre jusqu'à l'intérieur, sort un peu au-dessus du coccyx à 1 centimètre à droite de la ligne médiane, prend un catgut qu'elle ramène de telle sorte que sa partie supérieure restant au dehors, sa partie inférieure sorte par l'anus.

Un deuxième catgut est passé dans les mêmes conditions à 1 centimètre 1/2 en dehors du premier, ou au-dessus, au choix du chirurgien. On noue ensemble les extrémités inférieures des deux fils, les transformant en une anse que l'on tire dans le rectum et qui l'embrasse dans une étendue de 1 centimètre 1/2. Les deux extrémités libres de l'anse sont nouées à intérieur, en interposant entre le nœud et la peau, un rouleau de gaze iodoformée.

Pareille manœuvre est opérée à gauche et des catguts sont passés en des points symétriques des premiers. Les diverses couches furent ainsi fortement resserrées entre elles. Les fils tombèrent d'eux-mêmes. Le malade guérit du prolapsus, malgré les selles encore fréquentes.

Ce procédé se rapproche beaucoup de celui que Verneuil n'a appliqué qu'à des adultes et donc par conséquent nous ne nous occupons pas ici, et qui d'ailleurs lui a rapporté 2 insuccès sur 3 opérations.

c) *Anorraphie.*

Ce procédé a été appliqué par M. le professeur agrégé Frœlich dans un cas dont il a bien voulu nous donner l'observation.

OBSERVATION III (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich)

Louis M..., 19 mois. Il y a 8 mois, sa mère s'aperçoit que lorsqu'il pousse des cris et fait des efforts, une *masse de chair* sort par l'orifice anal. Très rapidement, la hernie de la muqueuse rectale s'accroît, et quand le petit

malade est amené à l'hôpital, le prolapsus est des plus marqué.

Il est total et mesure 7 centimètres de long. Toute la masse herniaire est vivement colorée en rouge ; on remarque quelques plis parallèles dans le sens de la longueur.

La masse est facilement réductible, mais sort avec une extrême facilité quand l'enfant crie ou fait le moindre effort.

Cette incoercibilité du prolapsus semble imputable à l'énorme dilatation du sphincter anal qui est largement ouvert et reste béant, même après la réduction de la masse prolabée.

Le sujet est pâle, affaibli. Diarrhée depuis plusieurs jours.

Ces considérations décident M. Frœlich à intervenir en essayant de rétrécir l'orifice anal.

Opération. — Chloroforme. Le petit malade est placé dans la position de la taille. Lavages et antisepsie. Aux quatre points cardinaux de l'anus, M. Frœlich excise des lambeaux triangulaires qui comprennent un peu de la muqueuse et de la peau périnéale. Chaque lambeau a sa base sur la circonférence anale au niveau de la muqueuse et son sommet vers la périphérie. Les surfaces sanglantes ainsi obtenues sont fermées chacune par deux ou trois points de suture au fil de soie.

Après l'opération, l'anus est notablement rétréci ; l'enfant n'est pas constipé. Pendant 3 jours, le prolapsus reste réduit ; au bout de ce temps, un des triangles suturés vient à lâcher et le prolapsus se reproduit en partie. M. Frœlich espérait que la rétraction cicatricielle pourrait compléter le résultat ; mais la négligence des parents à réduire le prolapsus chaque fois qu'il se reproduisait, rendit vain cet espoir. L'insuccès fut complet ; l'enfant fut renvoyé dans sa famille.

Nous verrons cet enfant revenir plus tard au même service de chirurgie et subir une nouvelle opération, appartenant à un autre procédé. Nous y reviendrons donc plus loin.

d) *Périnéorraphie.*

Robert qui a inventé ce procédé l'appliquait de la façon suivante : il taillait un lambeau triangulaire ayant sa base sur le pourtour de l'anus, et son sommet vers la pointe du coccyx : le lambeau pouvait mesurer 4 à 5 centimètres de long. Puis il suturait les lèvres de la plaie ainsi formée, au moyen de fils auxquels il faisait prendre une certaine épaisseur des tissus et sous-jacents, et qu'il serrait ensuite fortement.

L'observation suivante, qui se rapporte au petit malade qui fut le sujet de la précédente, ne comporte pas le procédé de Robert dans toute sa pureté, mais ce même procédé un peu modifié par Monsieur le Professeur Heydenreich.

OBSERVATION IV (inédite)

(Due à la bienveillance de M. le Professeur HEYDENREICH)

Louis M. . . , sorti de l'hôpital il y a 4 mois, y revient avec un prolapsus présentant les mêmes caractères objectifs que précédemment. Il mesure 8 centimètres de long, affecte la forme d'un tronc de cône, à petite base inférieure, de coloration rouge violacée. La faiblesse générale est plus accentuée qu'il y a 4 mois ; la diarrhée est plus intense et

dure depuis 15 jours. L'enfant est difficile, crie et pleure à chaque instant. Dort peu.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

Le 21 janvier on pratique l'opération (procédé de Robert). Quand l'enfant est endormi, le prolapsus est facilement réduit et maintenu en place après aseptie aussi rigoureuse que possible des parties prolabées.

On taille un lambeau triangulaire dont la base répond au pourtour de l'anus et le sommet à la racine des bourses dont il n'est séparé que par un intervalle de 1 centimètre $1/2$.

Le lambeau mesure 4 à 5 centimètres à sa base. L'avivement une fois produit, on rapproche les deux lambeaux à l'aide d'un plan de suture au catgut.

Au niveau de la partie avivée, le fil pénètre dans les parties sous-jacentes en 3 ou 4 points successifs de façon à froncer les tissus et à produire un resserrement plus marqué.

Même procédé en arrière de l'orifice anal. Le lambeau triangulaire est moins étendu que le précédent ; le sommet répond à la pointe du coccyx, et la base au $1/3$ postérieur du pourtour de l'anus. Aucun point de la muqueuse rectale n'est compris dans les sutures.

Les fils une fois rapprochés, le prolapsus ne semble pas avoir de tendance à se reproduire, même sous l'influence des efforts déterminés par les cris et les vomissements.

Pansement sec aussi parfait que possible, mais rendu forcément sommaire dans cette région.

22 janvier. — L'enfant a dormi pendant quelques heures de la nuit. L'état général n'est pas plus mauvais que la veille : la diarrhée persiste toujours mais moins accentuée.

Le pansement très vite souillé est renouvelé deux ou trois fois dans la journée.

23 janvier. — Même état que les jours précédents. Les fils tiennent très bien.

L'enfant refuse toute nourriture, est constipé. La température qui oscillait depuis l'opération entre 37° et 38° monte à 39°.

L'enfant tousse un peu. Rien cependant à l'auscultation. Huile de ricin 15 grammes.

27 janvier. — Température le soir à 37°,8. Etat général meilleur. Les fils tiennent bien, sauf en deux points au niveau de l'angle postérieur de l'avivement primitif, où ils ont coupé les parties molles.

6 février. — L'enfant sort bien portant. La plaie opératoire est en très bon état. Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Le 15 mai, l'enfant est revu. La guérison s'est maintenue. L'état général s'est de beaucoup amélioré.

La modification apportée par M. le Professeur Heydenreich au procédé de Robert consiste dans la dissection d'un lambeau antérieur en plus du lambeau postérieur imaginé par l'auteur du procédé. Cette modification a eu pour but de causer un froncement plus complet des parties molles et un resserrement de l'anus plus efficace contre la reproduction du prolapsus.

B. — PROCÉDÉS QUI S'ATTAQUENT A L'INTESTIN PROLABÉ

a) *Résection circulaire du Prolapsus.*

M. Félizet (1) rappelle dans sa publication qu'il est bon de se souvenir que, chez l'enfant, la portion

(1) *Bull. Soc. chir.*, Paris, 1896, page 685.

terminale du gros intestin présente parfois une longueur anormale, sorte d'exagération de développement.

L'indication, suivant lui, est alors de retrancher ce qui dépasse et l'opération est d'une extraordinaire simplicité.

On commence par explorer la vessie pour la mettre une fois pour toutes hors de cause. On saisit au ras de l'anus le rectum prolabé, on l'attire au besoin et on le maintient au dehors à l'aide d'une pince de Richelot modérément serrée. A un centimètre au-dessous, on excise le cylindre *d'un seul coup*. Quatre anses de soie passées aux quatre points cardinaux du moignon fixent le rectum et permettent de retenir la pince.

Une série de sutures séro-séreuses à points séparés fait le tour de la section. Les choses restent en place sous un pansement humide antiseptique. Le lendemain, ou 3 jours au plus tard, la réduction du moignon s'est faite spontanément ; au besoin une petite pression suffit pour la réaliser. Cette opération a été faite 3 fois (1) et les suites ont été très simples. Les prolapsus opérés de cette manière ne se sont pas reproduits ; et la guérison définitive d'un opéré a pu être vérifiée 3 ans après l'intervention. Cette opération se présente pour l'enfant avec des conditions de simplicité et d'innocuité qu'il est bon de signaler.

(1) Les observations n'en sont pas rapportées.

— OBSERVATION V

(Bogdanik. *Wien. med. Presse*, n° 1, page 11. 1888.)

Chute du rectum chez une fille de 3 ans. Le prolapsus présente une longueur de 4 centimètres ; ses parois sont ecchymosées ; l'intestin peut être réduit, mais non maintenu. Enfant pâle et faible.

17 mai 1887. — Résection de l'intestin à 1/2 centimètre de l'anus ; suture circulaire ; pansement à l'iodoforme.

18 mai. — T. 38° 5, puis apyrexie.

20 mai. — Matières mêlées d'un peu de pus.

26 mai. — T. 39°. Vomissements. Il y a éruption de variole. Collapsus.

4 juin. — Mort. L'enfant n'avait pas été vaccinée.

A l'autopsie, on constate la réunion complète des parties suturées.

Le succès opératoire est indiscutable.

Cette opération n'est possible que lorsque le chirurgien est absolument sûr que le prolapsus n'a d'autre cause que le développement exagéré de l'intestin et qu'il n'est pas accompagné d'hédrocèle.

b) *Procédé de Mikulicz.*

Lorsque le prolapsus rectal est accompagné d'hédrocèle, le grand danger opératoire en cas de résection réside dans la blessure de l'intestin prolabé. Le procédé de Mikulicz a précisément pour but de mettre le chirurgien à l'abri de cet inconvénient. Nous en donnons ici la description.

Position de la taille. L'intestin prolapsé est fixé par de forts fils de soie. Le champ opératoire est continuellement arrosé par une solution phéniquée ou salicylée faible. A un ou deux centimètres de l'orifice anal, on incise couche par couche le segment antérieur du cylindre externe. Les vaisseaux sont pincés et liés. La séreuse étant incisée, la poche péritonéale comprise entre les deux cylindres intestinaux se trouve ouverte ; on réunit les deux séreuses par un rang de fines sutures. Puis on coupe la moitié antérieure du deuxième cylindre et on suture les sections antérieures de ces deux cylindres par des points profonds prenant toutes les couches. On sectionne ensuite et suture de même les deux faces postérieures des deux cylindres. La ligne de suture est saupoudrée d'iodoforme et le moignon réduit. Aucun pansement. Opium 6 à 8 jours pour constiper le sujet.

OBSERVATION VI

WOLKMAN. *Behandlung des prolapsus recti invaginatus* (1).

A. H..., âgée de 1 an. Depuis 6 mois la mère s'aperçoit que l'enfant, d'ailleurs très bien portante, est constipée et que pendant la défécation les cris et les efforts font sortir la muqueuse anale qui rentrait d'elle-même au début après chaque garde-robe.

(1) *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1889, page 993.

Peu à peu, la partie prolabée s'est accrue en longueur et la mère se vit obligée de la rentrer avec la main.

Depuis 8 jours, la partie prolabée, longue de 6 centimètres environ, ne peut plus être réduite. Deux jours après, le prolapsus s'allonge du double sans que l'enfant ait crié ou ait fait le moindre effort. Selles toujours dures. La mère cherche un médecin qui, après bien des tentatives infructueuses, envoie l'enfant à la clinique.

Pendant ces derniers jours, il y a eu plusieurs hémorrhagies.

A l'examen de l'enfant, on trouve une portion d'intestin sortie de l'anus, longue d'environ 14 centimètres, qui se montre entre les cuisses de l'enfant comme un corps recourbé, en forme de saucisse, rétréci au milieu, rouge foncé, enflammé et dont le bout central se continue directement avec peau des fesses et du rectum.

La surface de cette portion d'intestin, tuméfiée, œdématisée, est très sensible et très douloureuse au toucher. Quoiqu'entièrement lisse, elle est couverte d'ulcérations, saigne facilement et porte des croûtes en plusieurs points.

Entre l'anus et la paroi externe du prolapsus, il n'est pas possible d'introduire le doigt, ni une sonde ou un stylet.

Sous le chloroforme, on fait une tentative prudente de réduction qui échoue et amène une hémorrhagie assez abondante qui cesse par cautérisation au nitrate d'argent et au thermocautère.

Cinq jours plus tard, et à deux reprises différentes, chaque fois avec un intervalle de 5 jours, on recommence des cautérisations avec le thermocautère, ce qui transforme toute la surface prolabée en un vrai foyer d'inflammation.

Après ces cautérisations, on remarquait une diminu-

tion du gonflement et de la longueur du prolapsus, et l'intestin se retire de telle façon qu'il ne reste plus au dehors qu'une longueur de 6 centimètres.

Comme ce traitement n'amenait pas la rétraction complète du prolapsus, on entreprend l'opération sanglante d'après le procédé de Mikulicz. Aussitôt l'opération terminée, le moignon prolapsé se retire de lui-même au point qu'on n'en voit plus la moindre partie ni la suture circulaire.

Guérison en 15 jours sans rechute.

Une blennorrhée du rectum, légère et qui s'était produite le 3^e jour, a été combattue victorieusement par des irrigations boriquées.

Le 12^e jour, tous les fils tombent, et le 15^e l'enfant s'en va guéri.

Selles normales ; pas d'incontinence de matières.

Pas de récive.

OBSERVATION VII

(WOLKMANN. *Berl. Klin. Woch.*, 1889, page 996).

Un second cas absolument semblable fut opéré par nous à la fin de l'année 1888.

Il s'agit d'une petite fille de 3 ans qui avait été traitée en vain pour un prolapsus rectal, à l'hôpital royal de la Charité, à Berlin.

Quand l'enfant entre à notre clinique en décembre 1888, on remarque un prolapsus long de 15 centimètres en forme de saucisse, coudé au milieu et dirigé fortement à gauche à la suite de cette coudure.

La surface est pourprée et très tuméfiée.

Tout d'abord il m'a été impossible de pénétrer avec le doigt même avec la plus grande prudence jusqu'à l'en-

droit de la couture. Par un processus cicatriciel multiple, il s'est formé là un véritable rétrécissement.

Wolkmann déclarait que l'introduction d'un doigt jusqu'à l'anus, à travers le rétrécissement, pour poser un fil circulaire, pourrait bien amener une rupture avec ouverture de la cavité péritonéale.

Malgré la prudence et la douceur avec lesquelles fut faite cette introduction, la rupture annoncée par Wolkmann se produisit sur une longueur de 2 centimètres à peu près et on sentait manifestement que le cul de sac péritonéal était ouvert.

Alors on pose immédiatement au-dessous de l'anus et sur le doigt introduit dans la tumeur, une suture circulaire en surjet et on excise simplement l'intestin. Les bords de la muqueuse de l'intestin et de l'anus sont réunis par une série de points de suture.

Aussitôt, comme dans le cas précédent, le bord du rectum qui est encore déplacé rentre en place et la guérison a lieu sans incident.

Quinze jours après, l'enfant sort guéri. Pas de troubles dans la défécation ; pas d'incontinence de matière ; pas de rétrécissement.

A la lecture de cette observation, une remarque vient immédiatement à l'esprit : aucune mention n'est faite au sujet de la suture spéciale qui a dû être pratiquée sur les deux lèvres de la plaie péritonéale. Cette suture a cependant été opérée comme l'indique l'auteur dans l'article qui concerne les deux opérations et qui précède les deux observations qu'il rapporte.

OBSERVATION VIII

(LYOT. Thèse de Paris, 1890).

M. S..., 5 ans, atteint d'un prolapsus qui est d'abord sorti à différentes époques, mais s'est réduit spontanément.

Depuis trois semaines, ce prolapsus est devenu irréductible ; le malade a de la diarrhée, de l'anorexie, et s'affaiblit de plus en plus. On l'apporte à la clinique le 28 janvier 1888.

L'enfant est amaigri ; l'abdomen est ballonné et douloureux à la palpation profonde.

Par l'anus sort une tumeur de 11 centimètres de long en forme de concombre, incurvée en avant et à droite et recouverte d'une muqueuse rouge brun, œdémateuse par endroits, ulcérée et couverte de taches hémorrhagiques. A son extrémité inférieure est un orifice en forme de fente admettant le petit doigt.

La muqueuse se continue avec la peau de l'orifice anal sans sillon intermédiaire.

Toutes les tentatives de réduction échouèrent, et la résection fut pratiquée immédiatement sous le chloroforme, d'après le procédé de Mikulicz, à 1 centimètre de l'anus.

L'enfant ne reçut pendant 10 jours que des aliments liquides et fut traité par l'opium.

Néanmoins il survint de la diarrhée avec température élevée 39°4 le second jour sans aucun signe de péritonite.

A partir du quinzième jour se fit une amélioration rapide et le malade sortit guéri le 22 février.

Par le toucher rectal, on sentait au-dessus de l'orifice anal, une cicatrice souple en forme d'anneau, formant un

rétrécissement insignifiant. Les selles étaient régulières et sans douleur.

J'eus des nouvelles du malade au bout de 2 ans. Il était en parfaite santé ; la défécation s'accomplissait normalement et il n'y avait aucune menace de récurrence.

OBSERVATION IX.

(KANDLER. *Virchow's Jahresbericht*, 1888, vol. II, p. 749.)

Fillette d'un an et demi, très amaigrie, très faible, portant depuis un an, un prolapsus rectal intermittent qui dès le début se laissait facilement réduire. Mais plus tard le prolapsus prit de telles dimensions que l'enfant dut être admise à la clinique.

La partie prolapsée mesurait 8 centimètres de longueur sur 4 centimètres de diamètre.

Quoiqu'il fût impossible d'introduire le doigt entre la tumeur et le bord de l'anus, l'opération démontra qu'il s'agissait bien d'un prolapsus total.

On l'opéra suivant le procédé de Mikulicz et la guérison définitive fut obtenue.

OBSERVATION X.

(MASSON. Thèse de Paris, 1894.)

Enfant de 6 ans. Prolapsus datant de 6 mois, augmentant dans les efforts de défécation et diminuant peu après sans jamais disparaître complètement.

Ce prolapsus augmente jusqu'à atteindre une longueur considérable ; le 28 mars 1892, l'enfant entre à l'hôpital cantonal de Genève.

M. Julliard constate un prolapsus rectal long de 25 centimètres dont la circonférence est de 10 centimètres à la

base et 12 centimètres à son extrémité. La muqueuse prolabée est gonflée, rouge, fortement hyperhémisée.

A l'extrémité elle est ulcérée et couverte de croûtes noires qui exhalent une mauvaise odeur.

A l'extrémité inférieure se trouve l'orifice par lequel sortent les matières fécales. Du côté gauche, à 4 centimètres au-dessous de cet orifice, se trouve une perforation grande comme une pièce de 1 fr. par laquelle les matières fécales sortent également. En y introduisant le doigt on pénètre dans le canal intestinal, où on rencontre l'autre doigt introduit par l'orifice inférieur.

L'intestin prolabé présente, surtout dans sa moitié supérieure, des mouvements péristaltiques qui font varier sa longueur, son diamètre, sa courbure et la position relative des deux orifices.

Il n'existe aucun sillon entre l'anus et la tumeur. La peau se continue directement avec la muqueuse du rectum qui s'est retourné tout entier.

L'enfant est atteint de diarrhée avec incontinence complète. Il rend ses matières sans s'en apercevoir, et n'éprouve jamais le besoin d'aller à la selle.

Il s'agit ici d'un prolapsus du rectum avec invagination de l'S iliaque et du méso-côlon. Il se compose de deux cylindres intestinaux ; l'un externe constitué par le rectum, présente de dehors en dedans la muqueuse, la musculieuse et la séreuse ; l'autre interne, présente de dehors en dedans la séreuse avec le méso-côlon, la musculieuse et la muqueuse. Entre les deux cylindres qui sont en rapport par leurs surfaces séreuses, se trouve la cavité péritonéale prolabée. Autour de l'orifice latéral qui est le résultat d'une ulcération gangréneuse, les deux cylindres adhèrent entre eux, et la perforation fait communiquer directement la lumière du côlon avec l'extérieur.

Opération. — Au moment de l'opération faite quelques

semaines plus tard, l'orifice latéral s'était cicatrisé, et il ne restait plus que l'orifice inférieur.

Le malade, endormi avec l'éther, est placé dans la position de la taille périnéale.

On incise la muqueuse de la moitié antérieure du cylindre externe, à 2 centimètres de l'anus. Plusieurs vaisseaux sont saisis avec un *ténaculum* et liés avec du *catgut* fin. L'hémostase étant obtenue, on incise la séreuse du segment antérieur. La cavité péritonéale est ouverte, et le cylindre interne apparaît ; c'est l'S iliaque avec un gros paquet de méso-côlon chargé de graisse. En explorant avec le doigt la cavité péritonéale, on ne trouve point d'anse herniée entre les deux cylindres.

Comme le cylindre interne ne présente aucune tendance à la rétraction, on incise le segment postérieur du cylindre externe, muqueuse et séreuse d'un coup, et on lie les vaisseaux de la muqueuse comme pour le segment antérieur.

On constate de nouveau que le méso-côlon n'était pas tendu et que l'intestin n'avait pas de propension à remonter. Pendant qu'il est maintenu par deux pinces à griffes, on le coupe d'un seul coup avec le méso-côlon au-dessous des pinces, à 1 centimètre plus bas que le cylindre externe. Les vaisseaux du méso-côlon et de la muqueuse sont liés avec du *catgut* fin.

L'hémostase obtenue, on suture bout à bout les séreuses avec 19 *catguts* fins coupés ras. La cavité péritonéale étant ainsi exactement fermée, on suture les muqueuses avec 20 *catguts* plus forts coupés longs.

Après quoi on réduit ce qui restait du prolapsus. Avec une très légère pression l'intestin remonta vivement de lui-même et disparut.

Dans cette résection on avait élevé 23 centimètres du cylindre externe, 22 centimètres du cylindre interne, soit en tout 45 centimètres d'intestin.

Le prolapsus réduit, l'orifice anal reste béant ; le sphincter ne se contracte pas.

Par le toucher, on reconnaît que l'intestin a repris sa place ; à 3 centimètres de l'anus, on sent la suture circulaire qui rétrécit un peu l'intestin, mais qui laisse facilement passer le doigt.

Pendant les premiers jours, on prescrit la diète et les opiacés pour obtenir la constipation, mais sans y parvenir. Néanmoins l'enfant guérit très bien sans aucune complication, et la réunion se fait par première intention.

L'anus resta béant pendant les deux premiers jours ; dès le troisième la contractilité était revenue, et l'orifice anal était refermé. Pendant quelques jours, la diarrhée persista avec incontinence. Le quatrième jour, l'enfant commence à redemander le vase sans pouvoir toutefois retenir les matières. Petit à petit, les selles redevinrent volontaires et la diarrhée disparut.

Résultats éloignés. — 5 mois après, l'enfant est trouvé bien portant. Le prolapsus ne s'est pas reproduit, et n'a aucune tendance à reparaitre. A l'endroit de la suture, on sent un rétrécissement en forme de diaphragme d'optique très facile à franchir, et qui n'a jamais incommodé le malade.

OBSERVATION XI

(Due à la bienveillance de M. le professeur HEYDENREICH recueillie par M. FRÖELICH, alors interne du service.)

Catherine Chr..., 4 ans, entre à l'hôpital de Nancy en mars 1889. Enfant maigre et chétive, tousses. A eu pendant des mois une diarrhée rebelle.

Depuis 13 jours, les parents ont remarqué un prolapsus rectal, d'abord grand comme une noix, puis de plus en plus considérable. Au début, ce prolapsus rentrait tout

seul, ou par une pression manuelle, et restait en place pendant quelque temps.

Depuis 5 jours, la réduction est encore possible, mais impossible à maintenir, malgré l'application d'un pansement compressif.

9 mars. — Lors de l'arrivée à l'hôpital, le prolapsus a une longueur de 8 centimètres. L'extrémité inférieure est renflée et couverte de plaques de sphacèle ; puis on constate un col plus étroit, d'où l'intestin va en s'élargissant jusqu'à l'orifice anal très dilaté.

La réduction de l'intestin est encore possible ; mais il ne reste plus en place.

La lumière de l'intestin débouche par une fente antéro-postérieure sur le sommet de l'extrémité renflée du prolapsus.

L'état général est mauvais. L'enfant a de la bronchite. T. 39° le soir. Peu d'appétit.

Pansement au salol et compresses phéniquées sur l'intestin prolabé.

Pendant les jours qui suivirent son entrée, le petit malade se relève un peu. Les accès de fièvre se montrent d'une façon intermittente, mais ils n'atteignent plus que rarement 39°. L'appétit reste un peu meilleur. Les plaques de sphacèle de l'intestin se détergent.

Opération. — 21 mars. — L'enfant est chloroformé ; une sonde rectale est introduite dans l'intestin pour servir de conducteur ; après antisepsie de la région on procède à l'opération. Une incision demi-circulaire est faite au bistouri sur la demi-circonférence antérieure du prolapsus à 1 centimètre du bord de l'anus ; les tissus sont divisés couche par couche jusqu'au moment où l'on arrive sur la séreuse. A ce moment cette séreuse est suturée à la soie avec la séreuse du cylindre interne.

On retourne l'enfant et on continue la section du cylin-

dre externe en arrière. A ce moment un incident opératoire se présente ; l'enfant fait un effort ; la sonde conductrice est rejetée et une portion notable d'intestin recouvert d'appendices épiploïques vient faire hernie dans le champ opératoire. Après réduction de cet intestin, il fut assez long de retrouver et de placer exactement le cylindre interne vis-à-vis de la portion externe à laquelle il devait être suturé.

Après cet incident l'opération continue et on suture la tranche de la demi-circonférence postérieure du cylindre externe, séreuse contre séreuse. Le cylindre interne est alors complètement détaché et la suture circulaire séro-séreuse est renforcée par une suture circulaire surajoutée musculo et muco-muqueuse faite avec l'aiguille de Reverdin.

Pausement. — Compresses phéniquées. — L'opération a duré 1 h. 25. L'enfant n'a perdu que peu de sang, néanmoins il est très faible.

A midi l'enfant s'est un peu relevée ; elle prend du champagne et suce un bonbon.

A 3 heures du soir, l'enfant est agitée ; la peau est chaude ; elle boit avidement du champagne et a vomi une fois.

22 mars. — T. 39°. L'enfant va relativement bien. La respiration est courte, mais elle l'était déjà avant l'opération. Pas d'hémorrhagie, pas de matières fécales.

24 mars. — T. 39°,4. Le mieux s'accroît. 2 selles abondantes.

26 mars. — T. 39° le matin, 38°,5 le soir. L'appétit est bon, les selles normales.

13 avril. — L'enfant est complètement remise. Plus de température. Appétit excellent ; l'embonpoint revient. La pâleur a disparu.

Au toucher rectal on sent, à 3 centimètres au-dessus du bord anal, une bride circulaire occupant les $\frac{3}{4}$ de la cir-

conférence de l'intestin, mais laissant passer l'indéx facilement.

18 avril. — L'enfant, complètement remise, est reprise par ses parents.

La température, qui a oscillé entre 39° et 38° depuis le moment de l'intervention jusqu'au 1^{er} avril, était déjà à ce niveau pendant l'opération; nous rappellerons que l'enfant avait une bronchite et toussait avant son entrée à l'hôpital. Cette poussée continue de température était due à l'évolution de son affection pulmonaire et n'a en rien entravé la guérison.

c) Procédé de Segond.

Ce procédé, de beaucoup plus simple et plus expéditif que celui de Mikulicz, consiste à diviser le cylindre prolabé en 2 valves, l'une antérieure et l'autre postérieure. Pour ce faire, on introduit dans le prolapsus, et parallèlement à son axe, 4 pinces, 2 à droite, 2 à gauche; une branche de chaque pince étant dans l'intérieur et l'autre dans l'extérieur, leurs extrémités arrivent jusqu'au voisinage de l'anus. On fait alors de chaque côté, entre les 2 pinces qui y sont placées, une incision remontant jusqu'à environ 2 centimètres de l'anus.

On a ainsi 2 valves, l'une antérieure, l'autre postérieure. Après avoir appliqué une autre pince à la base de chacune des valves, le chirurgien résèque celle-ci par petits coups et place au fur et à mesure

les sutures intestinales. Grâce à la multiplicité de ces dernières, on peut tout aussi bien assurer l'hémostase définitive que l'occlusion du cul-de-sac péritonéal inclus dans la valve rectale antérieure.

Dans la section du lambeau postérieur, il peut se faire qu'on ait à lier un ou deux troncs artériels assez importants venant du méso-rectum. Les sutures terminées, on réduit le moignon et on applique un simple pansement sur l'anus.

OBSERVATION XII

(Menne, Thèse Paris, 1889.)

Albert A..., 2 ans 1/2, présenté le 28 mai à la consultation de l'hôpital Saint-Louis (service de M. le professeur Péan). Enfant chétif, malingre, sorti de nourrice depuis 6 mois. Prolapsus rectal léger depuis 2 à 3 mois. Depuis ce laps de temps, par trois fois le prolapsus est devenu considérable. La réduction a été opérée par les parents.

Le prolapsus, qui s'est reproduit la veille au matin, mesure actuellement 12 à 14 centimètres.

De l'anus, sort un boudin d'un rouge vineux intense dont la surface est ridée surtout à la partie supérieure et recouverte de mucosités; par places, quelques points noirs disséminés. L'extrémité inférieure présente un orifice circulaire. Le boudin n'est pas rectiligne, mais offre la configuration de la courbe du rectum. Le prolapsus s'allonge sous l'influence des cris. Toutes les tentatives de réduction échouent, même sous le chloroforme.

Opération. — Le lendemain, opération sous l'anesthésie chloroformique.

La partie prolabée est saisie et entourée à sa base d'un

lien constricteur en caoutchouc, puis elle est tendue par 4 ou 5 petites pinces hémostatiques. Ainsi est formée une collerette de pinces au niveau de l'anus. De deux coups de ciseaux, on divise verticalement les parois prolabées jusqu'à 2 centimètres de l'anus ; il suffit alors de donner un coup de ciseaux sur le lambeau antérieur et sur le postérieur pour réséquer le prolapsus.

Cette résection du lambeau permet de se rendre compte de l'invagination de l'S iliaque, dont l'extrémité inférieure a été comprise dans la résection transversale. A la coupe, on voit donc à l'extérieur la section du rectum, à l'intérieur celle de l'S iliaque (cylindre interne) et entre les deux se distingue le méso-côlon sectionné.

Des pinces hémostatiques permettent de fixer au rectum les parties correspondantes des tuniques de l'S iliaque excisé. Les parties ainsi mises en rapport sont suturées au fil de soie, de manière à obtenir un affrontement parfait des mêmes tuniques. L'opération est pratiquée sans perte de sang. La région anale paraît normale.

Lavage au sublimé et pansement iodoformé. Il est recommandé à la mère de faire uriner l'enfant dans le décubitus dorsal.

Le matin, l'enfant a pris deux gouttes de laudanum.

Suites. — Deux jours après, le succès paraît certain. Pas de suppuration de la plaie ; pas de tendance au prolapsus. Huit jours après, la guérison paraît définitive.

L'enfant n'ayant pas été inscrit sur les registres de l'hôpital, on ne peut malheureusement prendre aucun renseignement sur les suites éloignées de l'opération.

CHAPITRE III

Etude critique et discussion des diverses méthodes opératoires. — Leurs indications.

Lorsqu'un prolapsus rectal apparaît chez un jeune enfant, la première indication est de surveiller ce prolapsus, le réduire, le lotionner d'eau froide. Empêcher l'enfant de séjourner trop longtemps sur le vase, le forcer même, si faire se peut à n'aller à la selle que couché sur son côté. Dans ce but, on garnit son lit d'une toile caoutchoutée imperméable. Nous savons que dans la majorité des cas, le prolapsus guérit spontanément. Ces soins sommaires amèneront d'une façon plus certaine la disparition de l'infirmité. On ne négligera pas d'ajouter à ces soins *locaux* des précautions utiles relativement à l'état général. On remontera l'enfant par un régime approprié; on arrêtera diarrhée ou constipation, si l'une de ces deux infirmités est la cause supposée du prolapsus. Ces soins hygiéniques seuls offrent déjà de grandes chances de guérison.

Dans les cas où la guérison ne survient pas, nous avons pu remarquer que le prolapsus ne reste pas stationnaire et ne tarde pas à manifester

des tendances marquées à s'accroître en longueur. Une exception doit cependant être faite à ce point de vue, en faveur du prolapsus de Bœckel dû au rétrécissement. Ce prolapsus en effet, ne s'accroît que jusqu'au moment précis où le rétrécissement occupe le sommet du cône prolabé.

L'accroissement graduel du prolapsus est toujours proportionnel à la difficulté croissante qu'on éprouve à en réaliser la réduction. De là, une première indication pour intervenir d'après l'une quelconque des méthodes que nous avons passées en revue.

Mais une contre-indication à la réduction, qui doit dominer tout le traitement du prolapsus rectal de l'enfant, se trouve dans les cas où la partie prolabée présente de l'inflammation, des parties suppurées, ou des plaques de sphacèle. C'est là un point qu'on ne doit jamais perdre de vue. Il ne viendra en effet jamais à l'idée d'un chirurgien de réduire et à plus forte raison de maintenir réduite une muqueuse prolabée atteinte des accidents que nous signalons, accidents qu'on ne saurait combattre efficacement une fois l'intestin rentré et maintenu dans le ventre. Donc on n'essayera de réduire et de maintenir par tous les moyens de contention connus qu'un prolapsus dans lequel la muqueuse aura été reconnue manifestement saine.

Lorsque les ulcérations sont peu accentuées on peut tenter de les guérir par des moyens appropriés avant la réduction, mais rarement on y arrivera.

Dans les cas de muqueuse saine, on réduira l'intestin suivant les règles connues du tarsi. On essayera de le maintenir réduit soit par les bandages employés généralement dans ce but, soit, si cela ne réussit pas, par les procédés de la petite chirurgie, procédés à la discussion desquels nous passons, sans cependant nous y arrêter outre mesure, laissant de côté à dessein l'emploi de la strychnine, inefficace et dangereuse.

Et d'abord, le procédé d'Alingham, qui entre les mains de ce praticien a donné des succès qu'il a considérés comme complets, a eu des résultats moins favorables entre les mains d'autres chirurgiens. Lui-même fait à ce procédé le reproche de causer, dans la suite, des rétrécissements. Ce danger cependant après des cautérisations prudentes nous paraît minime.

D'autres chirurgiens lui font le reproche d'exiger des badigeonnages trop fréquents et trop nombreux. Bien qu'Alingham ait prétendu que ces badigeonnages sont indolores, les autres médecins qui les ont employés ont remarqué qu'au contraire, à cause de la douleur et de la répétition nécessaire de la cautérisation nitrique, ce procédé fatigue et décourage les petits malades.

Le reproche que nous élèverons contre cette méthode est que, les badigeonnages nitriques ne sauraient produire d'effets faciles à limiter. L'action des badigeonnages sur la muqueuse ne saurait en effet être mathématiquement prévue, et ce qu'on

considère dans certains cas comme traitement, peut par ce fait devenir source de désordres inévitables au moins pour la suite. Les escharres produites peuvent être trop considérables, et la cicatrisation qui s'ensuit ne sera-t-elle pas à bon droit regardée comme cause des rétrécissements ultérieurs signalés plus haut? cette crainte est peut-être plutôt théorique, et nous ne saurions rejeter absolument cette méthode.

Le procédé de Guersant serait à notre avis préférable à celui d'Allingham. Ici en effet on applique des pointes de cautérisation aux endroits que l'on choisit, et avec une intensité dont on est maître. Les cicatrices qui suivent la cautérisation faite avec un thermo-cautère de petit calibre, ne sont pas assez considérables pour amener des rétrécissements qui puissent à un moment donné devenir pathologiques. Mais ce procédé ne trouvera son indication rationnelle que dans les cas où le praticien tiendra comme certain que le prolapsus, quelles que soient d'ailleurs ses dimensions, n'est dû qu'au relâchement du sphincter anal. Si l'anus dilaté présente une ouverture par trop considérable, les pointes de feu appliquées au pourtour de sa muqueuse, pourront atténuer cette béance, dans une certaine limite, mais agiront surtout en rendant au muscle sphincter sa tonicité et la force de constriction qui lui est nécessaire pour empêcher le renouvellement du prolapsus. Et ici, il peut encore arriver que plusieurs interventions soient

nécessaires ; mais le chirurgien pourra toujours prévoir à peu près exactement l'effet produit par ces interventions et limiter pour ainsi dire à son gré l'action de ses cautérisations, ce qui est impossible avec le procédé d'Allingham.

Pour ce qui est du procédé de Dupuytren il est inefficace dans beaucoup de cas. Il a été abandonné ou à peu près. Les cicatrices que laisse l'excision de plis rayonnés au pourtour de l'anüs sont douloureuses, et peuvent, comme toutes cicatrices causer une rétraction qu'on ne saurait diriger à son gré. Ce procédé aurait donné deux succès entre les mains de son auteur. D'autres chirurgiens ont été moins satisfaits. Et les résultats que Dupuytren considère comme favorables restent à nos yeux sujets à caution, les opérés n'ayant pas été revus assez long temps après l'intervention.

La *ligature circulaire* proposée par Allingham n'a donné que de mauvais résultats. Elle ne saurait trouver son indication que dans un prolapsus partiel sans complication, autrement elle est aveugle et dangereuse.

Le procédé de Bœckel, décrit par lui et appuyé de deux observations nettes et concluantes, nous paraît recommandable dans tous les cas où l'on a acquis la certitude que le prolapsus rectal de l'enfant est dû à un rétrécissement congénital de la partie supérieure du rectum.

Il est d'une grande simplicité, nullement douloureux, permet l'issue des matières et des gaz et

amène une guérison remarquablement rapide et définitive puisque le rétrécissement cause du prolapsus se trouve dilaté par l'appareil même. Nous avons vu les signes auxquels on reconnaît cette variété de prolapsus : arrêt de développement du prolapsus dès que le point rétréci est arrivé au sommet du cône prolabé, et impossibilité absolue d'introduire même le petit doigt dans l'orifice qui est à l'extrémité du prolapsus.

Cette méthode, comme du reste toutes celles qui ont pour but de maintenir la réduction, n'est applicable que quand la muqueuse prolabée est restée absolument saine.

La même contrindication s'adresse aux procédés chirurgicaux qui ont pour but de fixer l'intestin dans le ventre après l'avoir réduit.

Le premier de ces procédés, la colopexie de Jeannel a donné un bon résultat, avec guérison définitive dans le cas que nous avons détaillé obs. I. Il est simple et sans danger aujourd'hui grâce à l'asepsie rigoureuse qui entoure toutes les interventions. Il sera indiqué toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un prolapsus invaginé dans lequel l'S iliaque aura été manifestement trouvée. Certains chirurgiens qui l'ont appliqué au prolapsus de l'adulte, ont cru devoir pour une raison ou pour une autre, faire de ce procédé une colopexotomie ; les résultats ont été très satisfaisants au point de vue du prolapsus ; mais des embarras assez sérieux ont surgi, paraît-il, dès qu'il s'est agi de

guérir l'anus iliaque. La création de cet anus iliaque ne saurait être indiquée chez l'enfant sauf dans le cas où le prolapsus est accompagné d'autres lésions de l'anus et du rectum : le rétrécissement par exemple, que l'on pourra traiter pendant que le côlon fixé à la paroi y contractera les adhérences nécessaires à mettre le sujet à l'abri d'une récurrence de son prolapsus. La contraindication est encore ici, le mauvais état de l'intestin prolapsé et l'absence de l'S iliaque dans le prolapsus.

La *rectopexie postérieure* est indiquée dans les cas de prolapsus rectaux sans invagination, sans lésions inflammatoires ou gangréneuses, possibles à réduire, mais impossibles à maintenir réduits.

Le procédé opératoire, par sa simplicité se recommande à tous les praticiens et donne de bons résultats.

Le procédé d'*anorraphie* dont M. le professeur agrégé Frœlich a bien voulu nous communiquer le détail, en même temps que l'observation du malade auquel il l'a appliqué, serait un procédé simple et recommandable si nous pouvions le justifier par un certain nombre de succès. Malheureusement l'observation que nous avons rapportée est la seule que nous ayons pu rencontrer, et encore le cas auquel elle se rapporte n'a-t-il pas été heureux : il se rapproche d'ailleurs du procédé de périnéorrhaphie qui ultérieurement a guéri l'enfant.

Le Périnéorrhaphie de Robert, a donné d'excellents résultats sur l'adulte, surtout dans les cas où,

comme l'a fait Duret, on a placé la base du lambeau sur le périnée de manière à prendre l'anus dans ce lambeau.

Nous n'avons trouvé qu'un seul compte rendu d'une telle intervention pratiquée sur l'enfant ; c'est l'observation IV. Comme nous l'avons vu, ce procédé de Robert a été modifié par M. le Professeur Heydenreich qui au lieu d'un seul lambeau en a taillé deux à bases anales, et à sommets dirigés celui du premier lambeau vers le coccyx, celui du second vers la racine des bourses. Ce procédé qui donne de bons résultats sur l'adulte, et en a donné un incontestable sur l'enfant, trouve son indication dans tous les cas où le prolapsus semble dû à une béance trop prononcée de l'anus et à une laxité trop grande du périnée. Ici encore il faut que la muqueuse du prolapsus soit absolument saine.

Cette contrindication provenant du mauvais état de la muqueuse prolabée, et sur laquelle nous avons insisté dans tous les cas où il s'agissait de réduire et de maintenir réduit par un procédé quelconque le prolapsus rectal de l'enfant, devient au contraire une indication formelle à l'ablation. Toutes les fois en effet que la muqueuse est ulcérée, enflammée, suppurée, sphacélée, cet état est une cause incontestable d'affaiblissement général du sujet, que nous avons vu, dans tous les cas de prolapsus être déjà dans un état général très médiocre.

Le premier de ces procédés d'ablation est le plus

simple, il consiste à réséquer d'un seul coup sous une pince destinée à assurer l'hémostase, la masse prolabée, et à pratiquer des sutures circulaires qui continuent à garantir l'hémostase et empêchent les couches celluluses comprises entre les 2 tuniques de rectum de s'infecter. Ce procédé appliqué 5 fois d'après M. Félizet, a eu les suites les plus simples.

Nous n'avons pu en trouver qu'une seule observation qui donne un résultat favorable. Mais pour appliquer ce procédé il faut être absolument certain qu'il n'y a pas d'hédrocèle dans le prolapsus. Nous croyons inutile de nous arrêter aux inconvénients qui surgiraient de ce fait.

Le procédé d'ablation concernant lequel nous avons pu réunir le plus d'observations est le procédé de Mikulicz. Les indications sont : mauvais état de la muqueuse prolabée ; et présence de l'hédrocèle dans le prolapsus. Le procédé n'est pas d'une complication exagérée : le point important est d'amener l'hémostase, et de bien assurer, par des sutures nombreuses la fermeture du cul-de-sac péritonéal ouvert pendant l'intervention. Les résultats ont toujours été favorables quelle que soit l'intervalle auquel on les ait vérifiés. C'est donc là, à notre avis le procédé de choix pour une ablation du prolapsus rectal sur lequel il y aurait contre-indication à tenter la réduction.

Il est évident qu'une autre indication formelle de l'ablation du prolapsus rectal, réside dans l'impossibilité de le réduire. On ne peut laisser l'enfant

avec une pareille infirmité sans l'exposer aux plus graves accidents, signalés dans le chapitre qui traite de l'Evolution du prolapsus.

Le procédé de Segond paraît au premier abord plus alléchant par la simplicité du manuel opératoire. La seule observation qu'il nous ait été donné de trouver concernant un enfant traité par ce procédé conclut à une guérison au moment où l'enfant quitte l'hôpital. Mais on n'a pas pu s'assurer que cette guérison fût devenue définitive.

Quoi qu'il en soit, les mêmes indications que pour le procédé de Mikulicz s'appliquent à celui de Segond, et ce dernier vu son manuel opératoire plus simple, nous paraît devoir être choisi. Il n'est en somme que le procédé de Mikulicz avec un léger perfectionnement de la technique.

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus rectal de l'enfant guérit spontanément dans la plupart des cas, ou simplement grâce à l'hygiène et au traitement médical.

II. — Quand il ne guérit pas par ces moyens, il faut essayer de le réduire et de le maintenir réduit par les procédés de petite chirurgie que nous avons décrits.

III. — Si *exceptionnellement*, cette réduction et cette contention au lieu de guérir le prolapsus, ne l'empêchent pas de s'accroître, une intervention chirurgicale plus sérieuse est indispensable. Quelle est cette intervention ?

IV. A. — Si l'anus est très dilaté, que l'intestin soit sain et le prolapsus pas trop considérable, on rétrécira l'orifice anal après réduction par l'*anorraphie* et la *périnéorraphie*.

B. — Si la tumeur est facile à réduire, l'anus peu dilaté, l'intestin sain, on pourra employer la *rectopexie*.

C. — Quand le prolapsus porte non pas uniquement sur le rectum, mais également sur une por-

tion plus ou moins grande du côlon (invagination) la colopexie pourra trouver son indication.

D. — Si la tumeur prolabée est difficile à réduire et à maintenir réduite, plus ou moins ulcérée, il n'y aura pas à hésiter, il faudra en pratiquer l'ablation par les procédés Mikulicz-Segond.

V. — Ces procédés ne semblent pas avoir une gravité très grande. Car, dans aucun des cas que nous avons pu recueillir, nous n'avons trouvé de décès.

Vu :

Le Président de la thèse,

HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 9 juillet 1897.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Boutié. — Thèse Paris, 1873.

Menne. — Thèse Paris, 1889.

Bœckel. — *Du rétrécissement congénital de l'extrémité supérieure du rectum comme cause du prolapsus de cet organe chez les jeunes enfants. Gaz. méd. de Strasbourg, 1881.*

Broca. — *Traitement du prolapsus rectal par la colopexie. Gaz. Hebd. Paris, 1880.*

Coulon. — *Chute du rectum chez les enfants et son traitement. Bull. Soc. méd. d'Amiens, 1869.*

Duchaussoy. — *Cause immédiate et traitement de la chute du rectum chez l'enfant. (Arch. gén. de méd. Paris, 1854).*

Dupuytren. — *Chute habituelle du rectum chez un enfant de 3 ans. Gaz. des hôpitaux. Paris, 1831.*

Foucher. — *Traitement de la chute du rectum chez l'enfant par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine. (Mon. des sc. méd. et pharm. Paris, 1860).*

Guersant. — *Chute du rectum chez les enfants. (Bull. gén. de thérap. Paris 1864).*

Panas. — *Cautérisations autour de l'anus dans la chute du rectum chez l'enfant.*

Bogdanick. — *Wien. med. Presse. N° 1, 1888.*

Mikulicz. — *XVII^e congrès des chirurgiens allemands. (Cent. f. Chirurg. 1888, n° 23).*

Von Bergmann. — *Berl. klinik. Wochenschrift. 1889, n° 52.*

- Lyot. — *Thèse de Paris*, 1890.
- Jeannel. — *Bulletin de l'Acad. de médecine*, oct. 1889.
- Gross. — *Semaine médicale*, février 1890.
- Lefèvre. — *Thèse de Paris*, 1891.
- Soulié. — *Thèse de Paris*, 1891.
- Tiersch. — *Berlin. klinik. Wochenschrift*, 5 oct. 1891.
- Larsonneur. — *Thèse de Paris*, 1893.
- Julliard. — *Rev. méd. Suisse romande*, XII. p. 732.
- Chamayou. — *Thèse de Paris*, 1890.
- Masson. — *Thèse de Paris*, 1893.
- Wolkmann. — *Berl. klinik. Wochenschrift*. 1889, n° 46.
- Virchow's Jahresbericht*. 1888, t. II, p. 749. — t. II, p. 522.
- Curling. — *Maladies du rectum*. Traduction du Dr Bergeron. Paris, 1883.
- Allingham. — *Maladies du rectum*. Trad. du Dr Poinso. Paris, 1877.
- Archives de médecine*. 5^e série, vol. 2, 1853.
- Dupuytren. — *Clinique chirurgicale*.
- Trèves. — *Lancet*, 1890.
- Calzavana. — *Riforma medica*, 1891.
- Zuccarelli. — *Marseille médical*, septembre 1894.
- Broca. — *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, Paris, mars 1897.

